



**WELL CHILD EXAM - EARLY
CHILDHOOD: 3 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

유년기 초기 (3세)

가 정 부 화 학 적 의 아 이 언 어	아동의 이름		아기를 데리고 온 사람	생년월일
	알레르기 문제		현재 복용하고 있는 약품	
	지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		오늘 질문한 사항:	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 음식을 다양하게 섭취합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 자기의 이름, 나이, 성을 구별할 줄 압니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 가족들은 아이가 말하는 것을 알아 듣습니다.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 한 계단에서 두 발로 뛰어 내릴 수 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 밤에 대소변을 거의 가립니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 제 아이는 잘 보고 잘 듣습니다.	
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____ Elimination _____ Sleep _____
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____		
Screening: MHZ R L Hearing Screen 4000 _____ 2000 _____ 1000 _____ 500 _____ Vision Screen 20/_____ 20/_____				
Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive Language/Communication Gross Motor Social/Emotional Fine Motor Behavior N A _____ Mental Health N A _____				
Physical: N A N A General appearance Chest _____ Skin Lungs _____ Head Cardiovascular/Pulses _____ Eyes (Cover/Uncover) Abdomen _____ Ears Genitalia _____ Nose Spine _____ Oropharynx/Teeth Extremities _____ Neck Neurologic _____ Nodes Gait _____				
Describe abnormal findings and comments: _____ _____				
IMMUNIZATIONS GIVEN				
REFERRALS				
NEXT VISIT: 4 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS		

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (3 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- Close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Washes and dries hands. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Imitates vertical line. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Names 4 animal pictures (e.g., cat, dog, bird, horse).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identifies 2 animal pictures: "Which flies? Meows? Barks? Gallops? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Throws ball overhand.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Pedals tricycle.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Ask why?</u> |

- Persistent echolalia (repeating what was just said).
 - Inappropriate play with toys/no pretend play.
 - Any loss of language or social skills.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, on *even one* of the underlined items, or one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



건강진단 - 유년기 초기 (3세)
WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 3 YEARS
(EPSDT 지침 준수)

날짜

유년기 초기 (3세)

가 모 부 한 아 이 에	아동의 이름		아기를 데리고 온 사람	생년월일	
	알레르기 문제		현재 복용하고 있는 약품		
	지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		오늘 질문한 사항:		
	<input checked="" type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 음식을 다양하게 섭취합니다. <input type="checkbox"/> 자기의 이름, 나이, 성을 구별할 줄 압니다. <input type="checkbox"/> 가족들은 아이가 말하는 것을 알아 듣습니다.		<input checked="" type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 한 계단에서 두 발로 뛰어 내릴 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 밤에 대소변을 거의 가립니다. <input type="checkbox"/> 제 아이는 잘 보고 잘 듣습니다.		
	체중 KG./OZ. 벽본을	신장 CM/IN. 벽본을	월齢	식사 _____	
	<input type="checkbox"/> 신체검사 <input type="checkbox"/> 가족 병력 검토		네설(대/소변) _____		
	검사항목:	MHZ	R	L	수면
청력 검사	4000	_____	_____	<input type="checkbox"/> 예방접종 기록 검토 <input type="checkbox"/> 납성분 노출 <input type="checkbox"/> 불소보충 <input type="checkbox"/> 불소 치리 <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <small>(헤마토크리토 / 혜모글로빈)</small> <input type="checkbox"/> TB(결핵) <input type="checkbox"/> 치과의뢰 <small>보건교육: (의논을 하였거나/제공된 모든 인쇄물에 체크)</small> <input type="checkbox"/> 영양 <input type="checkbox"/> 탁아소 <input type="checkbox"/> 밤우(발달)상태 <input type="checkbox"/> 규칙적인 운동(활동) <input type="checkbox"/> 카시트/부스터 시트 <input type="checkbox"/> 안전 <input type="checkbox"/> 징계/제약/규칙 <input type="checkbox"/> 책/읽기 <input type="checkbox"/> 간접흡연 <input type="checkbox"/> TV시간 제한 <input type="checkbox"/> 친구/동기관계 <input type="checkbox"/> 기타 _____	
시력 검사	20/_____	20/_____	평가/계획: _____ <small>_____</small> <small>_____</small> <small>_____</small> <small>_____</small> <small>_____</small> <small>_____</small> <small>_____</small> <small>_____</small>		
발달 사항: 염려하는 부문에 동그라미로 표하십시오.					
적응력/인식력	언어능력/의사소통				
대 운동근육(신경)	사회적/정서적 사항		소 운동근육(신경)		
행동 사항	정상 비정상				
정신 건강	정상 비정상				
신체:	정상 비정상		정상 비정상		
외모	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
피부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
머리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
눈을 (가림/가리지 않음)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
귀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
코	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
구강 인두/치아	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
목	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
결절	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
이상 건강에 대한 설명이나 의견:					
<small>예방접종</small> <small>의뢰</small>					
다음 방문: 4세			진찰자 성명		
진찰자 서명			진찰자(진료원) 주소		

3세 아동의 건강

성장 과도기

3세에서 4세 사이에 아이의 신체 발육 범위들

간단한 노래를 부릅니다.

자기가 한 일을 이야기합니다.

자신의 성명을 압니다.

블록을 9-10개 정도 쌓을 수 있습니다.

뛰거나 한 쪽발로 깡총깡총 뛹니다.

여러 신체 모양(머리, 몸체, 다리 등)으로 사람을 그리려고 합니다.

친구와 장난감을 나누어 쓰기 시작하며 간단한 게임을 하면서 놉니다.

그림으로 된 퍼즐을 즐깁니다.

아이가 새로운 기술을 배우는 데 도움이 되도록 아이와 디화하고 놀아줍니다.

도움이나 상세한 정보를 원할 때

유아와 아동용 CPR과 응급치료

배우기 : 지역의 소방소나 보건부에 강의에 대해 문의하십시오.

카-시트 혹은 부스터 시트에 관한

문의사항: Safety Restraint Coalition,
1-800-BUCK-L-UP (음성) 혹은 1-800-833-
6388 (TTY 자막).

발달상태 무료검사: Healthy Mothers,
Healthy Babies 정보 및 의뢰 기관 전화
번호, 1-800-322-2588 (음성) 혹은
1-800-833-6388 (TTY 자막).

양육기술과 지원정보: 가족 헬프
전화번호, 1-800-932-HOPE (4673) Family
Resources Northwest, 1-888-746-9568
지역 커뮤니티 칼리지 강좌

건강 정보

물은 건강한 음료수입니다. 스낵으로 단 음료수 대신에 물을 줍니다. 아이는 여전히 2컵 정도의 우유를 마실 필요가 있습니다.

자녀에게 매일 다양한 과일과 야채를 주십시오.

매일 칫솔질을 하도록 도와줍니다. 매일 완두콩 크기 만큼의 불소 치약을 사용합니다. 적어도 1년에 한번씩은 치과 검진을 받도록 하십시오.

놀고 난 후, 화장실 사용 후, 그리고 식사하기 전에는 반드시 손을 잘 씻도록 가르칩니다. 비누로 손을 20초 정도 비벼서 씻도록 하십시오.

양육 정보

아이들은 몸소 해 봄으로써 가장 잘 배웁니다.
자녀에게 필요한 것은 다음과 같습니다:

- 활동적인 게임(슬래잡기, 공놀이, 탈 수 있는 장난감, 오르내리는 게임)
- 상상력을 발휘할 수 있는 게임 (인형, 어떤 형상의 장난감, 이야기책 사용)
- 자녀의 양손을 사용할 수 있는 장난감 사용 (블록 쌓기, 큰 퍼즐 맞추기)

TV와 컴퓨터 사용 시간을 매일 한 시간 이내로 제한하십시오.

매일 자녀에게 책을 읽어 줍니다. 책에 있는 그림과 줄거리에 관해 대화를 나눕니다.

부모는 자녀에게 있어서 최상의 선생님입니다.
자녀는 부모가 다른 사람을 대할 때, 식사할 때, 운동할 때, 휴식을 취할 때, 안전 벨트를 사용하는 점에 있어서 그리고 길을 건널 때 등, 이 모두를 봅니다. 자녀는 부모처럼 할려고 노력합니다.

안전정보

집에 위험물질이 없는지 자주 살핍니다.
자녀가 위험성 물질(성냥, 총기, 독극성물질 등과 같이)을 스스로 멀리하기에는 아직 너무 어렵습니다. 그러므로 위험성 물질은 잠금 장치가 된 곳에 보관합니다!

몸무게가 40파운드가 될 때까지 카-시트를 사용하고, 그 이후부터는 약 80파운드가 될 때까지 부스터 시트를 사용합니다. 자녀를 차량 뒷좌석에 앉히도록 하십시오.

세발자전거, 스쿠터 혹은 바퀴가 달린 장난감을 탈 때는 항상 헬멧을 착용하도록 합니다.